



Historial Dental

¿Qué le gustaría que hicieramos hoy? _____

¿Tiene usted alguna incomodidad dental el día de hoy? _____

Dentista anterior _____ Domicilio _____

Email del Dentista _____ Tel _____

Fecha del último cuidado dental _____ Fecha de las últimas radiografías _____

Marque con una palomita (✓) sí o no si a tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mal aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comida entre los dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento periodontal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo dulce |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sangrado de las encías | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rechinado de dientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad a lo frío | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al morder |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La mandibula se salta o hace ruido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes sueltos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sensibilidad al calor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera o brotes en la boca |

¿Qué tan seguido se cepilla? _____ ¿Que tan seguido usa el hilo dental? _____

¿Cómo se siente sobre la apariencia de sus dientes? _____

¿Alguna vez a experimentado una reacción adversa durante o en conjunto con un medicamento o procedimiento dental? Sí No

Otra información sobre su salud dental o tratamiento previo _____



Historial Medico

Nombre del doctor _____ Tel _____

Fecha de la última visita _____ ¿A tenido alguna enfermedad o operación seria? Sí No

Si sí, describa _____

¿Está usted actualmente bajo cuidado médico? Sí No Si sí, describa _____

¿Alguna vez a tenido una transfusión de sangre? Sí No Si sí, dé las fechas aproximadas _____

¿Alguna vez a tomado Fen-Phen/Redux? Sí No

¿Alguna vez usted a usado el medicamento bisfosfonato? Las marcas reconocidas incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel y Boniva. Sí No

Mujeres: ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Está usted amamantando? Sí No

¿Está usted tomando pildoras anticonceptivas? Sí No

Marque con una palomita (✓) si alguna vez a tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SIDA, VIH positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos persistence | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento del riñon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anafixias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tos con sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Salpullido en la piel |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergias a materiales (latex, lana, metal, químicos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Espina bifida |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Embolia |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Válvulas artificiales del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desmayos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problema de los nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alergia a un tipo de comida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Operación del corazón/marcapasos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Inflamación de los pies y tobillos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad o padecimiento de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Atópico (Propenso a las alergias) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rápida perdida y ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hábitos al tabaco |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iregularidad cardiaca | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hemofilia/Hemorragia anormal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Úlcera/colitis |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dependencia química | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Culebrilla o herpes zoster | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades venerias |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hepatitis | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Problemas de circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Alta presión | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamientos de cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor en la mandíbula | | |

¿Está el paciente actualmente tomando algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:

¿Tiene el paciente alergia a algún medicamento?

Si sí, enlistelos todos:



Autorización

He revisado la información en éste cuestionario y es precisa según mi conocimiento. Entiendo que ésta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar un tratamiento dental apropiado y saludable. Si hay algún cambio en mi estatus médico, se lo informaré al dentista.

Autorizo a la compañía de seguros indicada en éste formulario a pagar al dentista todos los beneficios asegurados por los servicios prestados que de otra manera fueran pagaderos a mi. Autorizo el uso de ésta firma en todos los peticiones al seguro.

Autorizo al dentista a revelar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy economicamente responsable por todos los cargos ya sean o no pagados por el seguro.

Firma _____ Fecha _____

El pago debe hacerse en su totalidad a la hora del tratamiento al menos que se hayan aprobado arreglos con anterioridad.

Bienvenido

Nos complace en darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Nos complacerá ayudarle si tiene usted alguna pregunta. Nos entusiasma el trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.



Información Del Paciente

Nombre _____ No. Seguro Social _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Email _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a

Paciente trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del Trabajo _____ Tel del Trabajo _____
Email del Trabajo _____

¿A quien podemos agradecer por su referencia? _____
Notifique en caso de emergencia _____ Tel de Casa _____
Cel _____ Tel de Trabajo _____
Email del Trabajo _____



Seguro Primario

Persona responsable por la cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Seguro Social _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ Tel de Casa _____
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Cel _____ Email _____

La persona responsable trabaja para _____ Ocupación _____
Domicilio del trabajo _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compania de seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de Contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Seguro Adicional



¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Si No

Persona Inscrita _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio (si es diferente a la del paciente) _____ No. de Seguro Social _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel de casa _____
Cel _____ Email _____

Persona inscrita trabaja para _____ Tel del trabajo _____
Email del trabajo _____
Compania de seguro _____ Tel _____
Email _____

No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de suscripción _____
Nombre de otros dependientes bajo éste plan _____

Favor de llenar ambos lados

*Dr. Julia Novello
820 Broadway
Woodmere, NY 11598*

HIPAA-Compliant PHI Release From

Authorization for Disclosure of Protected Dental Health Information

I, _____, authorize the disclosure of my protected dental health information¹ as described herein. I understand that this authorization is voluntary and made to confirm my direction. I understand that, if the person(s) or organization(s) that I authorize to receive my protected health information are not subject to federal and state health information privacy laws², subsequent disclosure by such person(s) or organization(s) may not be protected by those laws.

- 1. I authorize the following person(s) and/or organization(s) to disclose my protected health information (as specified below):

- 2. I authorize the following person(s) and/or organizations to receive my protected health information as disclosed by the person(s) and/or organizations(s) above.

- 3. Specific description of the protected health information that I authorize for disclosure:
Treatment notes, X-rays, narrative reports.

- 4. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that the person(s) and/or organization(s) named above have taken action in reliance on this authorization.

I have had the opportunity to read and consider the contents of this authorization. I confirm that the contents are consistent with my direction.

Signed, Name/signature

Date

Print _____

This Authorization to disclose PHI constitutes a waiver of privilege per 76 O.S. §19. Photostatic copies of this Authorization carry the same authority as the original.

¹ Protected health information (“PHI”) is health information that is created or received by a health care provider, health plan, or health care clearing house which relates to: 1) the past, present or future physical or mental health of an individual; 2) the provision of health care to an individual; or 3) the past, present, or future payment for the provision of health care to an individual. To be protected, the information must be such that it identifies the individual or provides a reasonable basis to believe that the information can identify the individual. 45C.F.R.164.508

² These laws apply to health plans, health care providers, and health care clearinghouses.